

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

No

679

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre RENAUDIN

Né le 11 Septembre 1910, à Rethel (Ardennes)

LA MORTALITÉ MATERNELLE

· AU COURS ET A LA SUITE DES ACCOUCHEMENTS

(Observations recueillies à la Maternité de Lariboisière pendant 10 années)

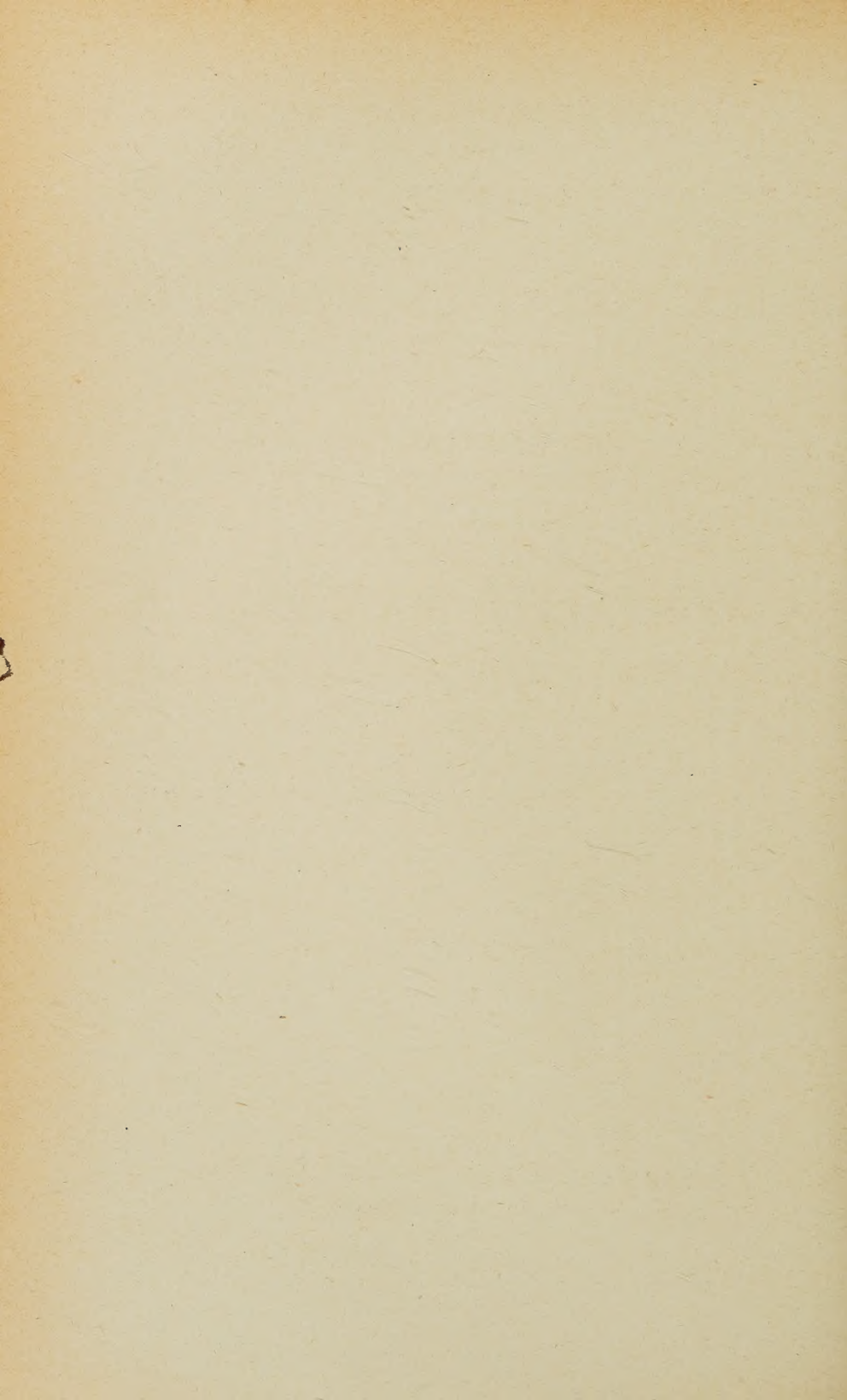
Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre RENAUDIN

Né le 11 Septembre 1910, à Rethel (Ardennes)

LA MORTALITÉ MATERNELLE
AU COURS ET A LA SUITE DES ACCOUCHEMENTS

(Observations recueillies à la Maternité de Lariboisière pendant 10 années)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimental
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SÉNÈQUE.....	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX.....	Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY - RADOT		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de
ma vive affection.*

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

AUX MIENS
ET
A MES AMIS

*Témoignage de mes senti-
ments affectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider cette
thèse. Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de
ce travail. En témoignage de
ma profonde reconnaissance*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux

*Qui, par ses conseils m'a
guidé dans l'élaboration de
cette thèse.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX
DE REIMS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Pour étudier la mortalité maternelle au cours et à la suite des accouchements, nous avons envisagé les décès survenus à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, pendant une période de dix années, allant du 1^{er} janvier 1927 au 31 décembre 1936.

La statistique que nous rapportons est une statistique d'hôpital, c'est-à-dire relative à un grand nombre de morts consécutives à des accouchements dystociques, souvent chez des parturientes envoyées à l'hôpital pour y être délivrées.

Nous avons volontairement limité le champ de nos investigations en négligeant l'étude des avortements.

Il nous a été facile de connaître le nombre de morts en commençant nos recherches dans les livres d'inventaire après décès. Connaissant le nom de la femme et la date du décès, nous avons retrouvé l'observation sur les registres de la Salle de Travail. Les observations complètes sont conservées aux Archives de la Maternité.

Nous publierons pour chaque observation un résumé, qui sera précédé d'un numéro de référence composé de deux nombres séparés par un trait d'union. Le premier nombre indique les deux derniers chiffres du millésime de l'année ; le second nombre est le numéro de l'accouchement.

ment relatif à l'année envisagée. Ces références permettent de retrouver facilement chaque observation.

Il s'agit donc de morts survenues pendant ou après un accouchement à terme, ou un accouchement prématuré, c'est-à-dire une expulsion du produit de la conception au cours des trois derniers mois de la grossesse.

Pendant la période envisagée, il y a eu à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière *23.947 accouchements et 144 décès*, qui se répartissent par années de la façon suivante :

Année : 1927	2.172 accouchements	12 décès
Année : 1928	1.992 —	13 —
Année : 1929	1.768 —	23 —
Année : 1930	1.892 —	24 —
Année : 1931	2.169 —	19 —
Année : 1932	2.267 —	7 —
Année : 1933	2.500 —	10 —
Année : 1934	2.752 —	13 —
Année : 1935	3.264 —	14 —
Année : 1936	3.171 —	9 —
Total.	23.947 accouchements et 144 décès	

Ce qui donne un pourcentage de mortalité de *0,60* pour cent, soit *un décès pour 167 accouchements*.

Pour mieux étudier les différents éléments de notre statistique nous avons adopté le plan suivant :

1° Les maladies diverses aggravées par la grossesse et ayant provoqué la mort à la suite de l'accouchement ;

2° Les auto-intoxications gravidiques mortelles au voisinage du terme ;

3° Les morts consécutives aux traumatismes obstétricaux, quelle qu'en soit la nature ;

4° Les infections puerpérales post-partum.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DIVERSES AGGRAVÉES PAR LA GROSSESSE

Tuberculose

La grossesse, dans un grand nombre de cas, influe défavorablement sur l'évolution de la tuberculose.

Le travail peut amener des hémoptysies ou une dyspnée très pénible chez les tuberculeuses pulmonaires.

Pendant les suites de couches, on peut assister parfois à une marche rapide des lésions existantes ou à une poussée granulique.

Enfin, dans les suites de couches, la malade affaiblie est exposée à l'infection puerpérale.

Nous avons relevé sept observations relatives à la tuberculose, qui se répartissent ainsi :

UNE GRANULIE

OBSERVATION N° 27-842. — S... M..., 33 ans.

Granulie. Pneumothorax spontané gauche. Dyspnée

intense. Application de forceps Tarnier sur sommet à la vulve. Délivrance naturelle et complète. La malade meurt 5 heures après l'accouchement.

UNE MÉNINGITE TUBERCULEUSE

OBSERVATION N° 2-1120. — B... Y..., 29 ans.

Césarienne agonique pour méningite tuberculeuse. La malade meurt aussitôt après l'opération.

5 TUBERCULOSES PULMONAIRES

OBSERVATION N° 30-472. — S... B..., 26 ans.

Accouchement prématuré au terme de 7 mois chez une bacillaire soignée au Bastion 29. Délivrance naturelle et complète. La malade meurt deux jours après l'accouchement.

OBSERVATION N° 31-1760. — O... R..., 28 ans.

Accouchement prématuré au terme de 8 mois chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire depuis 3 ans. Laryngite depuis quelques jours. Délivrance naturelle et complète. Décès le huitième jour.

OBSERVATION N° 35-2605. — B... M..., 22 ans.

Accouchement prématuré au terme de 6 mois 1/2.

Lésions tuberculeuses bilatérales évolutives et tuberculose laryngée. Siège décomplété mode des fesses. Décès le deuxième jour.

OBSERVATION N° 35-2725. — C... A..., 21 ans.

Tuberculose pulmonaire. Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Décès le 17^e jour.

OBSERVATION N° 36-1304. — G... P..., 24 ans.

Application de forceps Tarnier chez une tuberculeuse dyspnéique. Délivrance naturelle et complète. Hémorragie. Décès 10 heures après l'accouchement.

Pneumonie

La pneumonie est d'autant plus grave que la grossesse est plus avancée.

Nous ne relevons qu'un cas relatif à une grossesse à terme :

OBSERVATION N° 30-673. — C... E..., 36 ans.

Malade hospitalisée pour pneumonie. Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Décès le lendemain.

Pleurésie purulente

La pleurésie purulente se voit plutôt dans les suites de couches, comme localisation d'une infection puerpérale à forme pyohémique. Cependant nous en observons deux cas qui se sont déclarés avant l'accouchement.

OBSERVATION N° 29-154. — V... J..., 20 ans.

Pleurésie purulente. Accouchement spontané au terme de 6 mois 1/2. Délivrance naturelle et complète. Décès le cinquième jour.

OBSERVATION N° 30-1832. — M... M..., 36 ans.

Pleurésie purulente. Accouchement spontané fait en ambulance. Délivrance naturelle et complète. Mort le troisième jour.

Cardiopathies

Nous rapporterons un cas d'accouchement prématuré provoqué pour accidents gravido-cardiaques et deux cas d'insuffisance cardiaque survenus pendant et après le travail.

En général, si la lésion valvulaire est bien compensée, si le myocarde fonctionne bien, si les émonctoirs sont

normaux, la femme cardiaque peut mener à bien sa grossesse.

OBSERVATION N° 31-322. — H... J..., 30 ans.

Accidents gravido-cardiaques. Césarienne haute au terme de sept mois. Pendant l'opération : arythmie et hémorragie. Mort sept heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 35-176. — P... S..., 38 ans.

Froceps sur sommet en O. I. G. A. sans anesthésie, pour insuffisance cardiaque. Délivrance naturelle et complète. Décès le quatrième jour.

OBSERVATION N° 35-201. — D... R..., 25 ans.

Rétrécissement mitral (R. A. A., à 16 ans). Application de forceps Tarnier sur sommet en O. P. Délivrance naturelle et complète. Décès le dixième jour.

Pyélonéphrites

L'inflammation du bassinet se rencontre plus souvent dans le cours de la grossesse que pendant les suites de couches.

L'accouchement est suivi souvent de l'amendement des symptômes.

Nous rapporterons quatre cas de mort survenus à la

suite de pyélonéphrites apparues au cours ou à la fin de la grossesse.

OBSERVATION N° 30-253. — O... F..., 20 ans.

Accouchement à terme. Température 40°. Pyélonéphrite. Mort au bout de 25 jours.

OBSERVATION N° 31-1564. — P... H..., 35 ans.

Accouchement spontané au terme de 8 mois 1/2. Pyélonéphrite depuis deux mois. Délivrance naturelle et complète : un cotylédon succenturié. Décès le onzième jour.

OBSERVATION N° 31-1520. — R... Y..., 18 ans.

Accouchement spontané à terme. Pyélonéphrite et vomissements depuis le septième mois. Délivrance naturelle et complète. Hémorragie. Décès quelques heures après l'accouchement.

OBSERVATION N° 33-251. — C... A..., 31 ans.

Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle et complète. Le lendemain : courbatures, douleurs lombaires, température à 39°. Pyélonéphrite. Décès au neuvième jour.

Diabète

OBSERVATION N° 29-1343. — L... G..., 29 ans.

Parturiente diabétique. Accouchement normal. Délivrance naturelle et complète. Mort le quatrième jour.

Parkinsonisme

OBSERVATION N° 31-586. — O... S... 31 ans.

Accouchement à terme chez parkinsonienne post-encéphalitique (épidémie de 1920). Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Décès le 13^e jour.

CHAPITRE II

AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

Comme nous l'avons dit au début de ce travail, nous n'envisageons que les cas de mort survenus à partir du sixième mois. C'est ce qui explique pourquoi nous ne relevons aucun décès à la suite de vomissements incoercibles.

Il n'en n'est pas de même pour l'éclampsie dont nous avons pu observer huit cas mortels.

Eclampsie

OBSERVATION N° 27-1064. — P... R..., 28 ans.

Grossesse gémellaire bi-vitelline. Délivrance naturelle incomplète. Révision utérine suivie d'une crise d'éclampsie. Décès au cours d'une seconde crise survenue aussitôt.

OBSERVATION N° 27-1924. — R... M..., 35 ans.

Eclampsie. Accouchement spontané au terme de 6 mois 1/2. Délivrance naturelle et complète. Mort le troisième jour.

OBSERVATION N° 28-1460. — T... M..., 26 ans.

Femme amenée de ville ayant fait trois crises d'éclampsies en une heure. Trois nouvelles crises en quatre heures. Application de forceps Tarnier pour modifications des bruits du cœur fœtal. Sept crises pendant les six heures qui suivent l'accouchement. Décès à la dernière crise.

OBSERVATION N° 19-1412. — G... R..., 19 ans.

Accouchement spontané fait en ville. A son admission dans le service la femme est dans le coma éclamptique et n'a pas repris connaissance malgré les soins.

OBSERVATION N° 31-523. — F... S..., 31 ans.

Accouchement spontané au terme de 8 mois chez une femme ayant fait plusieurs crises d'éclampsie. Décès au cours d'une nouvelle crise, 1/2 heure après l'accouchement.

OBSERVATION N° 31-543. — R... H..., 26 ans.

Femme venant de ville ayant fait plusieurs crises d'éclampsie. Trois nouvelles crises. Décès à la dernière

OBSERVATION N° 33-1150. — P... C..., 39 ans.

Accouchement spontané au terme de 6 mois 1/2 environ chez une éclamptique. Délivrance naturelle et complète. Mort le deuxième jour.

OBSERVATION N° 34-1168. — D... S..., 39 ans.

Césarienne basse supra-symphysaire chez une femme

ayant fait quatre crises d'éclampsie. Placenta farci. Hémorragie méningée vérifiée par la ponction lombaire. Mort le troisième jour.

Albuminurie gravidique

OBSERVATION N° 28-771. — D... B..., 37 ans.

Albuminurique au terme de 8 mois 1/2. Grossesse gémellaire bivitelline. 1° Siège décomplété mode des fesses. 2° Sommet : version par manœuvres internes pour défaut de contractions utérines. Délivrance artificielle pour hémorragie. Infection utérine. Décès le sixième jour.

OBSERVATION N° 29-209. — L... B... 31 ans.

Accouchement spontané au terme de 8 mois 1/2. Délivrance naturelle et complète. Albuminurie massive. Septicémie. Mort au bout de 18 jours.

OBSERVATION N° 29-326. — M... M..., 30 ans.

Accouchement au terme de 8 mois 1/2 chez une albuminurique. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Mort au neuvième jour.

OBSERVATION N° 29-1602. — O... M..., 23 ans.

Albuminurie. Accouchement à terme. Délivrance naturelle : membranes déchirées. Placenta réniforme présentant des zones de dégénérescence graisseuse. Infection utérine. Mort au douzième jour.

CHAPITRE III

LES TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX

Au cours de nos recherches nous avons remarqué que le pourcentage des décès par syncope anesthésique ou par shock opératoire était plus élevé en obstétrique qu'en chirurgie générale.

La femme enceinte ou la femme en travail se trouve, en effet, dans un état particulièrement défavorable à toute intervention chirurgicale.

Synopes anesthésiques

OBSERVATION n° 30-658. — M... L..., 34 ans.

Césarienne haute pour *insertion centrale incomplète* du placenta. Syncope bleue sous anesthésie.

OBSERVATION n° 31-474. — B... A..., 21 ans.

Césarienne basse pour *bassin rétréci et faux promontoire*. Délivrance immédiate. Hémorragie. Décès en fin d'opération par syncope anesthésique.

OBSERVATION N° 35-2740. — N... L..., 41 ans.

La parturiente arrive de ville avec une présentation de l'épaule gauche et procidence du membre supérieur droit. Embryotomie rachidienne. Délivrance artificielle immédiate. Pas de rupture utérine. Pendant la délivrance la face se cyanose. Mort par syncope respiratoire.

Shocks chirurgicaux

OBSERVATION N° 32-418. — D... M..., 30 ans.

Laparotomie suivie de l'opération de *Portes* après échec de l'embryotomie et de l'application de forceps (anencéphalie, bitrochantérien : 11 cm. 5, bis-acromial 11 centimètres, ankylose des hanches du fœtus en flexion). La femme succombe au shock opératoire.

OBSERVATION N° 30-877. — S... M..., 38 ans.

Césarienne et hystérectomie pour *fibromes*. Décès le lendemain.

OBSERVATION N° 31-1598. — D... C..., 43 ans.

Présentation de l'épaule ayant subi en ville des manœuvres par voie basse. (bras droit sectionné). La parturiente présente des *déchirures vaginales*. Tentative d'embryotomie aux ciseaux de Dubois. Hystérectomie totale. Shock et décès.

OBSERVATION N° 31-1349. — L... M..., 38 ans.

Césarienne haute avant le début du travail pour *pré-*

senlalion transverse n'ayant pu être verticalisée à la version pour cause de fibromes. La femme meurt au cours de l'intervention.

OBSERVATION N° 34-1891. — H... E..., 25 ans.

Césarienne basse pour *bassin généralement rétréci*. Décès quelques heures après l'opération.

OBSERVATION N° 27-2032. — L... M..., 28 ans.

Césarienne supra-symphysaire pour *non progression du travail* et tête mobile au détroit supérieur. Hémorragie très abondante. L'utérus se rétracte mal. La femme meurt à la fin de l'intervention, au moment où l'on allait tenter la transfusion.

OBSERVATION N° 29-1304. — G... L..., 26 ans.

Bassin généralement rétréci. Césarienne haute à terme. Hémorragie abondante. Mort le lendemain.

Notre étude étant limitée aux cas de morts survenant après le sixième mois, nous n'avons pas eu de ce fait l'occasion d'observer des accidents provoqués par des grossesses extra-utérines.

Cependant, nous rapporterons *un cas de grossesse ectopique* ayant évolué jusqu'au terme.

OBSERVATION N° 34-104. — O... J..., 25 ans.

Laparotomie chez une femme présentant des hémor-

ragies, des douleurs abdominales et une pyélonéphrite. On constate une *grossesse abdominale à terme*. Liquide très fétide. Extraction d'une fille morte depuis peu de temps, pesant 3. 300 grammes. Décès une heure après l'opération.

Rupture utérine

La rupture de l'utérus est due à la contraction utérine qui lutte contre un obstacle invincible.

L'obstacle vient, soit du côté de la mère (bassin rétréci, tumeur praevia), soit du côté du fœtus (excès de volume, présentation vicieuse et surtout épaule négligée).

La rupture utérine provoque la mort par shock hémorragique, auquel se surajoute le shock opératoire de l'hystérectomie.

OBSERVATION N° 30-95. — M... L..., 27 ans.

Présentation de l'épaule. Membranes rompues depuis dix-neuf jours. Tentative d'abaissement d'un pied. Rupture utérine complète. Hystérectomie. Shock. Mort trois heures après l'opération.

OBSERVATION N° 30-248. — R... J..., 30 ans.

Hystérectomie subtotale faite pour *rupture utérine survenue à la fin du travail*. Décès trois heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 32-60. — R... E..., 34 ans.

Siège complet. La tête dernière est arrêtée a D. S. Section en V du tronc du fœtus. Perforation de la base du crâne et extraction de la tête. Délivrance naturelle incomplète. Révision utérine. Il y a eu rupture utérine. Hystérectomie subtotale. La femme meurt malgré la transfusion.

OBSERVATION N° 33-258. — L... G..., 25 ans.

Application de *forceps* Tarnier sur sommet en O. P. pour bassin généralement rétréci et aplati. Rupture utérine. Hystérectomie. La femme meurt au cours de l'intervention.

OBSERVATION N° 35-226. — M... M..., 33 ans.

Présentation de l'épaule et insertion basse du placenta. Version facile. Délivrance naturelle et complète. Shock. On diagnostique une rupture utérine. Décès avant toute tentative d'intervention.

OBSERVATION N° 36-1227. — L... M..., 28 ans.

Parturiente venue de ville après tentative infructueuse de *forceps* a D. S., puis de version. Basiotripsie. Délivrance artificielle décelant une rupture utérine. Hystérectomie. Mort au bout de trois heures.

OBSERVATION N° 36-2403. — H... G..., 26 ans.

Application de *forceps* Tarnier sur sommet en O. I. G. T., pour modification des bruits du cœur fœtal et

perte de méconium, chez une parturiente présentant un *bassin légèrement rétréci*. Délivrance artificielle ; on constate une rupture utérine. Hystérectomie. Shock hémorragique. Décès pendant la transfusion.

OBSERVATION N° 36-2662. — A... E..., 28 ans.

Accouchement gémellaire.

1° Présentation du siège et expulsion d'un premier placenta.

2° Rupture spontanée de la poche des eaux et *présentation de l'épaule*. L'introduction de la main dans l'utérus pour tenter la version révèle une rupture utérine. Hystérectomie subtotale. Décès par shock hémorragique.

Insertion vicieuse du placenta et hémorragies

Le segment inférieur est particulièrement pauvre en fibres musculaires. Aussi les sinus utérins restent-ils béants lors du décollement du placenta praevia. Les hémorragies de la délivrance sont particulièrement graves dans ces cas d'insertion basse du placenta. En voici quelques cas mortels :

OBSERVATION N° 30-658 (voir syncopes anesthésiques).

OBSERVATION N° 35-226 (voir ruptures utérines).

OBSERVATION N° 27-590. — C... D..., 25 ans.

Terme de 8 mois 1/2. *Placenta praevia*. Délivrance artificielle avant basiotripsie. Hémorragie. Décès trois heures après l'opération.

OBSERVATION N° 27-2155. — C... V..., 36 ans.

Insertion centrale incomplète du placenta. Hémorragies répétées à la fin de la grossesse. Présentation du siège. Délivrance artificielle immédiate. Mort par hémorragie, deux heures après l'accouchement.

OBSERVATION N° 30-671. — L... R..., 34 ans.

Césarienne haute pour *placenta marginata*. Délivrance paraissant complète. Infection du type septicémique. Mort au bout de dix-sept jours.

OBSERVATION N° 30-1484. — H... J..., 40 ans.

Placenta praevia : insertion centrale complète. Opération de Delmas. Application de forceps Tarnier sur tête dernière. Hémorragie. Délivrance artificielle. Mort deux heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 31-513. — B... M..., 31 ans.

Césarienne haute avec extériorisation de l'urétus pour *placenta praevia*. Hémorragies répétées. Mort le 3^e jour.

OBSERVATION N° 31-1332. — L... J... 37 ans.

Placenta praevia marginal. Petites hémorragies quotidiennes pendant les huit jours qui précèdent l'accouche-

ment. Pendant le travail hémorragies peu importantes. Délivrance naturelle incomplète. Décès par hémorragie en trois heures.

OBSERVATION N° 33-2472. — W... J..., 26 ans.

Césarienne basse supra-symphysaire pour *placenta praevia marginal*. Hémorragies. Décès le dix-septième jour par infection puerpérale avec localisations pulmonaires.

OBSERVATION N° 34-1520. — P... D... 35 ans.

Placenta praevia et présentation de l'épaule. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Mort par hémorragie.

OBSERVATION N° 34-1622. — L... J..., 34 ans.

Placenta marginala. Hémorragie. Césarienne suivie d'hystérectomie. Décès le lendemain.

OBSERVATION N° 34-1645. — M... M..., 35 ans.

Basiotripsie au terme de 6 mois 1/2 pour hémorragie due au *placenta recouvrant*. Déchirure du col. Hémorragie persistante. Hystérectomie subtotale : l'hémorragie continue. Décès le lendemain.

OBSERVATION N° 34-2378. — P.. M..., 28 ans.

Terme de 6 mois 1/2. *Placenta recouvrant*. Perforation du placenta. Version par manœuvres internes. Extraction du fœtus après cranioclasie. Délivrance artificielle immédiate. Hystérectomie subtotale pour hémorragie persistante. Décès trois heures après la première opération.

OBSERVATION N° 35-2881. — D... F..., 39 ans

Hémorragies pendant quelques jours avant l'accouchement. Délivrance naturelle : *placenta praevia déchiqueté*. Hémorragie aussitôt la délivrance. Révision utérine. La femme meurt deux heures après l'accouchement.

OBSERVATION N° 36-728. — G... G..., 36 ans.

Rupture large et précoce des membranes pour hémorragie pendant le travail. *Placenta partiellement recouvrant*. Transfusion. Césarienne basse. Injection d'hypophyse dans le muscle utérin. Mort par péritonite le cinquième jour.

OBSERVATION N° 36-2090. — C... O..., 27 ans.

Placenta praevia. Rupture artificielle précoce des membranes pour hémorragie césarienne vaginale. Décès dix heures après l'opération.

Les hémorragies de la délivrance

Les hémorragies de la délivrance sont particulièrement redoutées de l'accoucheur, à cause de l'anémie suraiguë qu'elles entraînent et dont l'issue peut être fatale.

Elles reconnaissent deux causes principales : d'une part l'inertie utérine, d'autre part les adhérences anormales du placenta.

OBSERVATION N° 27-1927. — D... J..., 22 ans.

Accouchement spontané d'un enfant mort-né. *Délivrance naturelle* et complète. Hémorragie. Décès le même jour.

OBSERVATION N° 27-1937. — D... A..., 36 ans.

Accouchement fait en ville. Parturiente non délivrée en état de shock post-hémorragique. *Délivrance artificielle*. Décès 5 heures après l'entrée dans le service.

OBSERVATION N° 29-333. — B... C..., 44 ans.

Deux tentatives infructueuses de délivrance artificielle faites en ville. Hémorragie. *Délivrance artificielle* sous anesthésie au chloroforme. Shock très marqué à la fin de l'intervention. Décès.

OBSERVATION N° 29-1664. — H... A..., 25 ans.

Hémorragies rétroplacentaires. (Syncopes répétées. Pas de bruit du cœur fœtal. Accouchement méthodique rapide par le procédé de Delmas suivi immédiatement par la délivrance. Hémorragie grave. Décès en quelques heures.

OBSERVATION N° 30-660. — M... R..., 27 ans.

Opération de Porro pour *hémorragie rétroplacentaire* après tentative infructueuse de dilatation du col par le procédé de Delmas, puis par ballon de Champetier. Décès par hémorragie de la délivrance.

OBSERVATION N° 30-908. — D... A..., 27 ans.

Accouchement spontané. *Délivrance naturelle* : membranes incomplètes. Révision utérine. Shock. Hémorragie. Décès quatre heures après la délivrance.

OBSERVATION N° 30-371. — C... A..., 32 ans.

Femme *accouchée en ville*, arrivée dans le service *non délivrée* en état d'anémie aiguë. Pouls petit, imperceptible. Décès deux heures après la délivrance artificielle.

OBSERVATION N° 30-195. — W... G..., 34 ans.

Application de *forceps* Tarnier pour modification des bruits du cœur fœtal. Rotation et flexion difficile. *Délivrance naturelle incomplète*. Hémorragie. Révision utérine ramenant un cotylédon de 150 grammes. Décès seize heures après l'accouchement.

OBSERVATION N° 31-264. — K... L..., 20 ans.

Césarienne haute *post-mortem* chez une femme décédée brusquement au terme de 8 mois 1/2, présentant un *syndrome hémorragique* (hématémèse subite et nombreuses ecchymoses déclives rapidement apparues).

OBSERVATION N° 33-2025. — M... G..., 36 ans.

Femme *amenée de ville non délivrée*, cinq heures après l'accouchement. *Délivrance artificielle* immédiate. Hémorragie. Mort cinq heures après la délivrance.

OBSERVATION N° 34-1413. — B... G..., 35 ans.

Accouchement à terme chez une malade admise à

l'isolement pour *température* et mauvais état général. Membranes rompues depuis trois jours. *Liquide amniotique roussâtre très fétide. Dyslocie des épaules.* Délivrance naturelle paraissant complète. Révision utérine sous anesthésie pour hémorragie et inertie utérine. Décès quatre heures après l'accouchement.

OBSERVATION N° 35-1267. — A... F..., 37 ans.

Accouchement normal à terme. *Inertie utérine*, hémorragie et shock. Décès aussitôt après la délivrance artificielle.

OBSERVATION N° 35-2071. — N... S..., 27 ans.

Accouchement spontané à terme suivi d'hémorragie. *Délivrance artificielle* et arrêt de l'hémorragie. Décès par une nouvelle hémorragie trois heures après la délivrance.

OBSERVATION N° 36-2388. — V... G..., 34 ans.

Application de *forceps* Tarnier sur sommet pour pro-cidence du cordon sans battement. Délivrance naturelle et complète suivie d'hémorragie abondante. Décès avant l'arrivée du transfuseur.

OBSERVATION N° 36-1304((voir tuberculose).

OBSERVATION N° 31-1520 (voir pyélonéphrites).

OBSERVATION N° 28-771 (voir albuminurie).

CHAPITRE IV

LES INFECTIONS PUERPÉRALES

Le traumatisme obstétrical, les interventions (versions, forceps, délivrances artificielles) sont autant de causes qui mettent les accouchées en état de moindre résistance contre l'infection.

Dans la plupart des observations que nous rapportons l'étiologie de l'infection est évidente.

Les autres observations sont relatives à des accouchements normaux, suivis d'une infection, dont la pathogénie nous échappe.

Pour faciliter l'étude des infections puerpérales, il nous a semblé utile de les diviser selon les formes cliniques suivantes :

- I. Formes septicémiques.
- II. Formes pyohémiques.
- III. Formes péritonéales.
- IV. Formes phlébitiques avec embolies.

Infection puerpérale à forme septicémique

C'est la forme la plus fréquente d'infection puerpérale mortelle.

La maladie débute souvent moins de quatre jours après l'accouchement et son évolution est rapide. Très vite la température monte aux environs de 40° et s'y maintient avec de faibles oscillations. Puis au bout de quelques jours, la courbe marque une nouvelle ascension et s'arrête brusquement.

OBSERVATION N° 28-305. — F... Y..., 20 ans.

Accouchement spontané à terme chez une femme munie d'un appareil plâtré pour fracture de la jambe droite. Délivrance naturelle : *membranes déchirées*. Septicémie. Mort le quatrième jour.

OBSERVATION N° 30-925. — B... E..., 36 ans.

Forceps Tarnier pour présentation du front en naso-iliaque droite postérieure. *Délivrance artificielle*. Septicémie. Décès le 9^e jour.

OBSERVATION N° 34-185. — J... J..., 20 ans.

Grande extraction du siège décomplété mode des fesses. Membranes rompues depuis 36 heures. *Liquide amniotique fétide*. Hémorragie et shock nécessitant la délivrance artificielle. Septicémie. Décès le 6^e jour.

OBSERVATION N° 31-1107. — V... E..., 37 ans.

Siège décomplété mode des fesses avec procidence du cordon. Délivrance naturelle : *placenta presque entièrement découronné*. Septicémie. Mort au bout de dix jours.

OBSERVATION N° 33-1051. — G... M..., 40 ans.

Application de forceps Tarnier sur sommet en G. T. à la partie moyenne de l'excavation, pour lenteur de la période d'expulsion. Hemorragie une heure après la délivrance. Mort par septicémie le seizième jour.

OBSERVATION N° 30-573. — G... F..., 34 ans.

Césarienne haute pour sténose complète du col. Septicémie. Décès le sixième jour.

OBSERVATION N° 30-626. — L... M..., 24 ans.

Accouchement normal au terme de 8 mois. Délivrance naturelle et complète. Eraillure de la fourchette. Mort par septicémie le huitième jour.

OBSERVATION N° 35-3229. — F... L..., 39 ans.

Parturiente venant de ville avec une présentation de l'épaule et membranes rompues depuis deux jours. Embryotomie rachidienne aux ciseaux de Dubois. Infection amniotique. Délivrance artificielle et révision utérine. Septicémie. Décès le douzième jour.

OBSERVATION N° 35-421. — O... F..., 27 ans.

Césarienne basse rétro-vésicale pour bassin généralement rétréci. Décès le sixième jour par septicémie.

OBSERVATION N° 33-1894. — C... Y..., 37 ans.

Présentation du siège décomplété mode des fesses. Césarienne basse pour bassin généralement rétréci et aplati. Septicémie. Décès le sixième jour.

OBSERVATION N° 32-366. — H... G..., 32 ans.

Césarienne basse pour bassin coxalgique (coxalgie gauche avec ankylose en adduction de la cuisse). Septicémie. Décès au bout de six jours.

OBSERVATION N° 31-495. — P... B..., 27 ans.

Césarienne basse conservatrice pour bassin généralement rétréci et gros œuf. Délivrance incomplète : *membranes déchirées*. Septicémie aiguë. Mort le cinquième jour.

OBSERVATION N° 30-1060. — C... R..., 23 ans.

Bassin généralement rétréci. Forceps au D. S. pour non engagement de la tête. *Délivrance artificielle* : membranes incomplètes, face utérine douteuse. Infection utérine. Décès le huitième jour.

OBSERVATION N° 30-190. — L... J..., 28 ans.

Terme de 8 mois 1/2. Bassin généralement rétréci. *Césarienne vaginale* pour dilatation insuffisante. Délivrance artificielle immédiate. Septicémie. Décès le 7^e jour.

OBSERVATION N° 29-858. — G... A..., 24 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Mort le onzième jour.

OBSERVATION N° 28-1568. — B... M..., 36 ans.

Application de forceps Tarnier. *Liquide amniotique très fétide*. Septicémie. Décès le lendemain.

OBSERVATION N° 28-30. — B... L..., 27 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Décès le 23^e jour.

OBSERVATION N° 28-1614. — M... C..., 23 ans.

Application de forceps Tarnier. Délivrance naturelle : *membranes déchirées*. Septicémie. Mort le 18^e jour.

OBSERVATION N° 28-1498. — C... M..., 38 ans.

Accouchement normal. *Rétention de membranes*. Septicémie. Décès le 10^e jour.

OBSERVATION N° 28-995. — M... M..., 26 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Mort au bout de 11 jours.

OBSERVATION N° 28-969. — L... A..., 25 ans.

Accouchement prématuré au terme de 7 mois. *Délivrance naturelle incomplète*. Septicémie. Décès le 7^e jour.

OBSERVATION N° 28-902. — M... R..., 18 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. *Périnée : un crin*. Septicémie. Décès le quinzième jour.

OBSERVATION N° 29-265. — L... S..., 34 ans.

Accouchement spontané à terme. Membranes rompues depuis 76 heures. *Liquide amniotique fétide*. Délivrance naturelle : *membranes déchirées*. Septicémie. Décès le sixième jour.

OBSERVATION N° 29-97. — F... R..., 32 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Décès le huitième jour.

OBSERVATION N° 29-150. — F... T..., 29 ans.

Accouchement gémellaire. *Infection amniotique*. Décès par septicémie le sixième jour.

OBSERVATION N° 29-982. — I... F..., 25 ans.

Accouchement normal. *Infection amniotique*. Décès le 17^e jour par septicémie.

OBSERVATION N° 30-585. — V... G..., 20 ans.

Accouchement normal. *Liquide amniotique très fétide*. *Délivrance artificielle*. Septicémie. Mort au bout de 20 jours.

OBSERVATION N° 30-714. — L... S..., 23 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Décès le 15^e jour.

OBSERVATION N° 30-1056. — K... A..., 35 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Aussitôt après l'accouchement, apparition d'un *thrombus vaginal*. Eraillure de la fourchette. Décès par septicémie au bout de 12 jours.

OBSERVATION N° 34-1142. — S... S..., 24 ans.

Accouchement normal. Trois heures après l'accouchement on constate la présence d'un volumineux *thrombus vulvo-périnéal*. Décès par septicémie le douzième jour.

OBSERVATION N° 33-337. — P... M..., 25 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Décès le 10^e jour par septicémie.

OBSERVATION N° 33-188. — L... B..., 31 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. *Périnée : deux crins*. Mort par septicémie en huit jours.

OBSERVATION N° 32-347. — T... Y..., 26 ans.

Accouchement au terme de 8 mois. Délivrance naturelle : *membranes déchirées incomplètes*. Septicémie. Décès le dixième jour.

OBSERVATION N° 32-208. — G... G..., 24 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle : *face utérine douteuse*. Septicémie. Décès au bout de 13 jours.

OBSERVATION N° 31-102. — F... M..., 25 ans.

Accouchement au terme de 7 mois. Délivrance naturelle et complète. Septicémie. Décès le 7^e jour.

Sur 35 cas de septicémies on peut mettre en cause :

- la rétention des membranes dans 8 cas ;
- la délivrance artificielle dans 2 cas ;
- l'infection amniotique pré-existante dans 7 cas ;
- les interventions chirurgicales dans 6 cas ;
- une lésion périnéale dans 7 cas.

Il reste 7 observations se rapportant à des accouchements sans incident, où la pathogénie de l'infection puerpérale nous est inconnue.

Infection puerpérale à forme pyohémique

L'évolution de la pyohémie est plus longue que celle de la septicémie. Fréquemment les suppurations s'établissent. La succession de ces suppurations influence l'allure de la courbe thermique.

OBSERVATION N° 29-591. — N... J..., 35 ans.

Siège décomplété mode des fesses en S. I. D. A. Placenta réniforme. Shock. Pyohémie. Mort un mois 1/2 après l'accouchement.

OBSERVATION N° 20-839. — M... M..., 28 ans.

Application de forceps Demelin sur sommet en O. P. pour arrêt des contractions. Délivrance naturelle et complète. Décès le 25^e jour par pyohémie.

OBSERVATION N° 30-1179. — D... L..., 37 ans.

Présentation de l'épaule gauche et procidence du bras droit. Pose d'un ballon de Champetier. Version par manœuvres internes. Délivrance naturelle et complète. Infection avec foyers de localisations pulmonaires. Mort au 22^e jour.

OBSERVATION N° 35-123. — S... G..., (23 ans).

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle : *membranes déchirées*. Pyohémie avec localisations pulmonaires. Décès au bout de 18 jours.

OBSERVATION N° 35-816. — R... M..., 28 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. *Périnée : un crin*. Pyohémie. Décès le 21^e jour.

OBSERVATION N° 27-1928. — T... S..., 19 ans.

Accouchement prématuré au terme de 6 mois 1/2 environ. *Délivrance artificielle*. Pyohémie. Mort le 7^e jour.

OBSERVATION N° 27-584. — D... M..., 29 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle : *membranes déchirées*. Décès par pyohémie le 15^e jour.

OBSERVATION N° 27-411. — I... A..., 27 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. *Liquide amniotique félide*. Pyohémie. Mort le 12^e jour.

OBSERVATION N° 27-188. — V... L..., 24 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. *Périnée : trois crins*. Pyohémie. Décès le 17^e jour.

OBSERVATION N° 29-1566. — G... A..., 23 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Mort par pyohémie au bout de 23 jours.

OBSERVATION N° 29-1466. — E... M..., 34 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Pyohémie. Mort le 18^e jour.

OBSERVATION N° 29-783. — D... A..., 28 ans.

Incision médiane de la lèvre antérieure du col. Application de *forceps Tarnier* sur sommet en O. I. D. P. Délivrance naturelle et complète. Périnée : un crin. Décès au bout de deux mois par pyohémie.

OBSERVATION N° 34-3456. — F... O..., 28 ans.

Application de *forceps Tarnier* sur sommet en O. P. *Infection amniotique.* Délivrance naturelle paraissant complète. Pyohémie. Décès en 41 jours.

OBSERVATION N° 34-1013. — D... M..., 25 ans.

Accouchement normal à terme. *Dystocie des épaules.* Délivrance naturelle et complète. Infection avec foyers pulmonaires. Décès le 15^e jour.

OBSERVATION N° 34-998. — M... A..., 30 ans.

Accouchement normal à terme. *Délivrance artificielle* pour hémorragie. Thrombo-phlébite suppurée. Décès le 34^e jour.

OBSERVATION N° 33-965. — H... F..., 32 ans.

Accouchement spontané au terme de 8 mois 1/2. Délivrance naturelle et complète. Décès par pyohémie le 22^e jour.

Dans ces 16 observations relatives aux infections puerpérales à forme pyohémique, nous voyons que, pour 12 d'entre elles, l'étiologie s'explique facilement.

Infection puerpérale à forme péritonéale

La péritonite évolue très vite. Souvent une septicémie l'accompagne.

Presque toutes les observations qui suivent, sont relatives à des interventions graves :

OBSERVATION N° 28-243. — O... L..., 26 ans.

Césarienne basse pour présentation de l'épaule gauche. Péritonite. Décès le 11^e jour.

OBSERVATION N° 28-380. — C... M..., 31 ans.

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Césarienne haute avec extériorisation de l'utérus (poche des eaux rompue depuis 15 heures). Mort par péritonite le 5^e jour.

OBSERVATION N° 28-1655. — B... R..., 29 ans.

Basiotripsie. Membranes rompues depuis trois jours : *liquide amniotique fétide*. Délivrance artificielle. Péritonite. Mort le quatrième jour.

OBSERVATION N° 29-396. — P... G..., 18 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Mort par péritonite le cinquième jour.

OBSERVATION N° 29-988. — B... C..., 30 ans.

Césarienne haute pour bassin généralement rétréci et faux promontoire (césariennes aux deux grossesses précédentes). Péritonite. Mort le 8^e jour.

OBSERVATION N° 29-1555. — P... J..., 28 ans.

Césarienne basse pour bassin coxalgique aplati du côté droit. Péritonite. Décès le 5^e jour.

OBSERVATION N° 31-804. — M... L..., 39 ans.

Femme opérée pour *cholécystite calculeuse* quelques jours avant l'accouchement. Décès par péritonite quatre jour après l'accouchement normal.

OBSERVATION N° 31-1003. — V... M..., 22 ans.

Césarienne haute pour bassin coxalgique (coxalgie gauche guérie sans ankylose). Décès le surlendemain par péritonite.

OBSERVATION N° 32-190. — M... M..., 21 ans.

Césarienne basse pour bassin généralement rétréci et souffrance fœtale. Délivrance complète. Péritonite généralisée. Mort le 7^e jour.

OBSERVATION N° 35-2240. — H... F..., 35 ans.

Gros noyau fibromateux de la face antérieure de l'utérus. Présentation de l'épaule. Hémorragie brusque. *Césarienne et myomectomie* (myome pesant 1 kilog.). Mort deux jours après l'opération.

OBSERVATION N° 30-1318. — D... G..., 26 ans.

Application de *forceps Tarnier* pour état de *shock* et modification des bruits du cœur fœtal. Délivrance naturelle et complète. Révision utérine révélant l'intégrité de la paroi. Mort par péritonite un mois 1/2 après l'accouchement.

Phlébites avec embolies

OBSERVATION N° 31-1592. — P... M..., 26 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle : *face utérine déchiquetée. Phlébite du membre inférieur gauche. Décès par embolie pulmonaire le 27^e jour.*

OBSERVATION N° 32-442. — H... P..., 32 ans.

Accouchement normal à terme. *Placenta en partie découronné. Phlébite utéro-pelvienne. Mort par embolie pulmonaire à la fin du premier mois.*

Nous croyons devoir publier à la fin de ce dernier chapitre deux cas d'embolies qui n'ont pas succédé à une infection puerpérale.

OBSERVATION N° 29-777. — P... O..., 23 ans.

Application de *forceps Tarnier* sur sommet en O. I. G.

T. pour lenteur de la période d'expulsion et modifications des bruits du cœur fœtal. *Deux heures après l'accouchement : embolie.* Délivrance artificielle immédiate suivie de la mort de l'accouchée.

OBSERVATION N° 36-2011. — B... A..., 40 ans.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. *Les suites de couches sont normales.* Le 12^e jour alors que la femme se disposait à quitter le service, elle meurt d'*embolie* dans le couloir de la Maternité.

CONCLUSION

I. — Pendant la période de dix années envisagées, il y a eu 23.947 accouchements à terme, ou au voisinage du terme, qui ont donné lieu à 144 décès. Soit *6 décès pour 1.000 accouchements*.

II. — Les causes de la mortalité sont multiples pour un même cas. Nous pouvons cependant répartir les décès de la façon suivante :

1° les infections puerpérales et les infections diverses : 83 cas.

2° les intoxications auto-gravidiques : 12 cas.

3° les hémorragies et les shocks opératoires : 49 cas.

III. — Les infections mortelles comprennent :

64 infections puerpérales vraies

19 infections diverses.

Les 64 infections puerpérales vraies peuvent se diviser en :

35 septicémies

16 pyohémies

11 péritonites

2 phlébites avec embolies.

Il y a donc un pourcentage de *mortalité par infection puerpérale* de 0,27 %.

Si l'on fait un classement étiologique des 64 observations d'infections puerpérales on trouve :

1^o 25 cas d'infections consécutives à des interventions (versions, césariennes, délivrances artificielles).

2^o 28 cas d'infections qui sont apparues à la suite d'infections amniotiques préexistantes ou de rétentions de membranes.

Il reste 11 cas pour lesquels la pathogénie de l'infection puerpérale nous échappe.

VU : *le doyen,*
ROUSSY.

VU : *le président de la thèse,*
COUVELAIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

	pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
<i>Maladies diverses aggravées par la grossesse.....</i>	3
CHAPITRE II	
<i>Auto-intoxication gravidique</i>	10
CHAPITRE III	
<i>Les traumatismes obstétricaux.....</i>	13
CHAPITRE IV	
<i>Les infections puerpérales.....</i>	25
CONCLUSION	39

Saint-Amand (Cher), — Imprimerie R. Bussière. — 15-6-37

